

Urininkontinens och blåsfunktionsstörning - kliniska riktlinjer

Omfattande kvinnor, män och personer inom hemsjukvård och särskilt boende. Utarbetat i samarbete mellan representanter från Region Uppsala och kommunerna i Uppsala län.

Innehåll

Flödesschema	3
Inledning.....	5
Syfte	5
Mål	5
Definition	5
NIKOLA (Nätverk Inkontinens Kommuner Landsting)	6
Regelverk vid förskrivning av hjälpmedel.....	6
Dokumentation, uppföljning, överrapportering och avvikelshantering	7
Dokumentation	7
Uppföljning	7
Överrapportering	7
Avvikelsehantering.....	7
Normal blåsfysiologi och patofysiologi	8
Huvudtyper av inkontinens	8
Ansträngningsinkontinens.....	8
Trängningsinkontinens	8
Blandinkontinens	9
Överrinningsinkontinens	9
Residualurin och residualurinbestämning.....	9
Utredning inom primärvård, hemsjukvård och särskilt boende vid urininkontinens och blåsfunktionsstörning.....	10
Basal utredning	10
Allmän anamnes.....	10
Anamnes blås/tarmfunktion	10

Status.....	10
NIKOLAs blanketter för utredning.....	11
Bedömning.....	12
Planering.....	12
Behandling/Åtgärd.....	12
NIKOLAs blanketter för åtgärd/behandling.....	13
Uppföljning och utvärdering.....	13
Riktlinjer för sjukgymnaster/fysioterapeuter i Primärvården i Uppsala län vid omhändertagande av kvinnor med främst ansträngningsinkontinens.....	14
Behandlingens syfte och mål.....	14
Behandlingsrutiner.....	14
Ansvarsfördelning inom primärvård, hemsjukvård och särskilda boenden.....	Error! Bookmark not defined.
Huvudman och vårdgivare.....	Error! Bookmark not defined.
Verksamhetschefen.....	Error! Bookmark not defined.
Läkaren.....	Error! Bookmark not defined.
Sjuksköterskan med förskrivningsrätt.....	Error! Bookmark not defined.
Vård- och omsorgspersonalen.....	Error! Bookmark not defined.
Sjukgymnasten/Fysioterapeuten.....	Error! Bookmark not defined.
Arbetsterapeuten.....	Error! Bookmark not defined.
MAS-medicinskt ansvarig sjuksköterska och MAR- medicinskt ansvarig för rehabilitering.....	Error! Bookmark not defined.
Indikation för remiss till specialist.....	18
Checklista inför remiss vid inkontinens/blåsfunktionsstörning.....	19
Exempel på specialistvård för kvinnor och män med urininkontinens och blåsfunktionsstörning.....	20
Kvinnor med ansträngningsinkontinens.....	20
Män med ansträngningsinkontinens.....	20
Kvinnor och män med trängningar/trängningsinkontinens/blandinkontinens.....	20
Referenser och länkar.....	21
Referensgrupp.....	21
Dokumenthistorik.....	22
Bilaga - Farmakologisk behandling.....	23

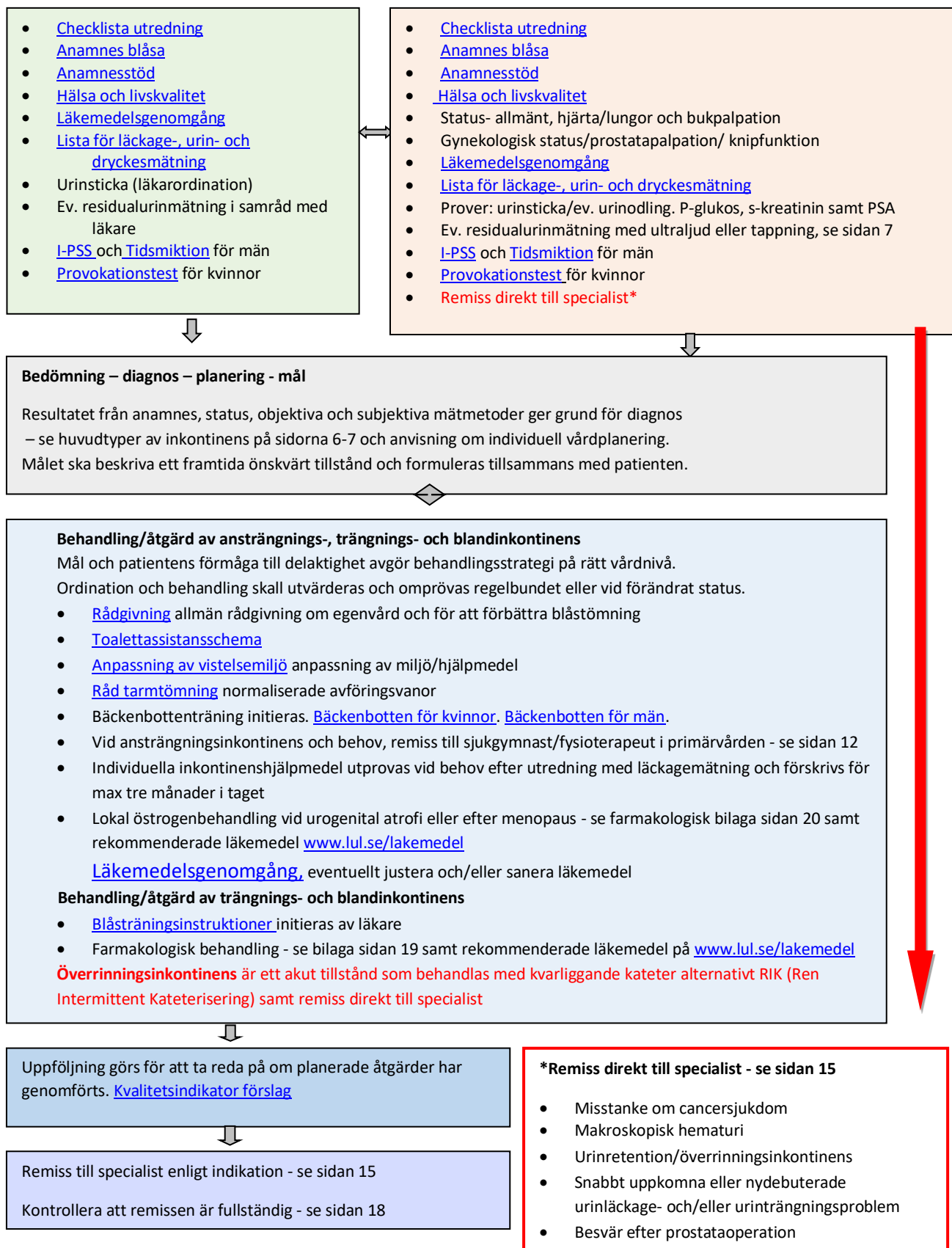
Flödesschema

Flödesschema för basal utredning och behandling av urininkontinens och blåsfunktionsstörning på primärvårdsnivå samt inom hemsjukvård och särskilt boende för kvinnor och män. Utredningen utgår från patientens besvär, behov och resurser. Syftet är att försöka fastställa bakomliggande orsaker till inkontinens/blåsfunktionsstörning, sätta diagnos och få en uppfattning om graden av besvär. Många äldre personer är obenägna eller oförmögna att genomgå komplicerade utredningar. Etiska avgöranden är därför viktiga när det gäller omfattning och inriktning på utredningen.

Klicka på länkarna här nedan så kommer du direkt till Nikolas blanketter.

Sjuksköterska med förskrivningsrätt

Distriktsläkare



Inledning

Detta vårdprogram för urininkontinens grundar sig på SBU-rapporterna nr 143 *Behandling av urininkontinens* som utgavs år 2000 och nr 219 *Behandling av urininkontinens hos äldre och sköra äldre* som utgavs år 2013. För mer detaljerad information hänvisas till dessa rapporter.

Urininkontinens är ett stort folkhälsoproblem som kan leda till medicinskt och socialt handikapp för den enskilde samtidigt som det förorsakar stora kostnader för samhället. Prevalensstudier visar att 10-15 % av alla kvinnor lider av urininkontinens.

I takt med stigande ålder ökar förekomsten av urininkontinens och vid 80 års ålder är 25 % av kvinnorna och 20 % av männen urininkontinenta. På särskilt boende beräknas 70-80 % av de boende vara inkontinenta. Kostnaden för inkontinenshjälpmedel i Uppsala län under 2013 var drygt 27 miljoner kronor.

Ett utvecklat samarbete mellan Primärvården, den kommunala hälso- och sjukvården samt specialistvården liksom mellan läkare, distriktssköterskor, sjuksköterskor, barnmorskor, sjukgymnaster, fysioterapeuter och uroterapeuter underlättar omhändertagandet samt ökar kostnadseffektiviteten.

Ett utvecklat samarbete avser också privata entreprenörer som har avtal med region och kommuner i Uppsala län.

Den rekommenderade läkemedelslista vi hänvisar till i texten är:

Rekommenderade läkemedel, Region Uppsala, www.lul.se/lakemedel

Syfte

Vårdprogram för urininkontinens är en vägledning vid utredning och behandling för kvinnor, män samt sköra äldre, så att omhändertagandet av patienten sker på rätt vårdnivå. Det ska också vara ett instrument för kvalitetssäkrad utprovning och utvärdering av eventuella hjälpmedel.

Mål

Målet är att minska inkontinensbesvären och identifiera de patienter som behöver utredas vidare på specialistnivå. Alla patienter med urininkontinens och/eller blåsfunktionsstörning ska erbjudas:

- utredning och få en diagnos fastställd
- behandling i syfte att minska eller bota urinläckaget och normalisera eller förbättra miktionsmönstret för att öka livskvaliteten
- individuellt utprovade inkontinenshjälpmedel

Definition

International Continence Society (ICS) definition av urininkontinens. *Urinary incontinence is the complaint of leakage of urine.* Fritt översatt: Urininkontinens är ett läckage av sådan omfattning att det utgör ett problem för den som är drabbad. Övriga definitioner och begrepp i dokumentet har hämtats från Socialstyrelsens termbank och från NIKOLA.¹

¹ NIKOLA (Nätverk Inkontinens Kommuner Landsting)

NIKOLA (Nätverk Inkontinens Kommuner Landsting)

NIKOLA är ett nationellt nätverk inom området inkontinens. Deltagare är representanter med en central roll inom inkontinensverksamheten i kommuner, landsting och hos privata vårdgivare. Syftet med NIKOLA är att nationellt driva på utvecklingen inom inkontinensområdet. Målet är att höja status och kvalitet inom inkontinensområdet ur ett samhällsekonomiskt perspektiv för patienter, närstående, vårdpersonal, verksamhet och sjukvårdshuvudman.

På NIKOLAS hemsida www.nikola.nu finns den senaste kunskapen inom inkontinensområdet samlad. Hemsidan ska fungera som ett stöd för förskrivaren och omfattar bland annat:

- ett kvalitetsprogram
- beskrivning av inkontinenshjälpmedel
- en kunskapsbank
- stöd till patienter och anhöriga

NIKOLAS kvalitetsprogram bygger på beprövad erfarenhet och är evidensbaserat. Programmet innehåller verktyg i form av blanketter med tillhörande instruktioner och filmer för utredning, behandling och uppföljning. Här finns även kvalitetsindikatorer för att utvärdera och mäta resultatet av de insatta åtgärderna på individnivå. Dessa kvalitetsindikatorer kan även sammanställas för att mäta kvaliteten på verksamhetsnivå. Författarna av detta vårdprogram rekommenderar Nikolas material vid utredning, behandling, uppföljning och utvärdering.

Regelverk vid förskrivning av hjälpmedel

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om behörighet att förskriva medicintekniska förbrukningsartiklar vid inkontinens HSLF-FS 2021:52 reglerar vilka som - utöver läkare - efter särskild utbildning fått den kompetens som krävs för att självständigt kunna bedöma en patients behov av förbrukningsartiklar. Huvudmannen/vårdgivaren bestämmer vem eller vilka av den behöriga hälso- och sjukvårdspersonalen som ska fullgöra uppgiften att självständigt förskriva förbrukningsartiklar.

I enlighet med de allmänna råden har huvudmannen/vårdgivaren upprättat en förteckning över de förbrukningsartiklar som de behöriga får förskriva². Det är angeläget att huvudmannen/vårdgivaren utvecklar information och vidareutbildning om inkontinens som ett komplement till industrins insatser på området.

Förskrivning av hjälpmedel vid inkontinens och urinretention ska föregås av en noggrann bedömning och utredning av bakomliggande orsaker. Förskrivning sker för maximalt tre månaders förbrukning i taget.

Förskrivarstöd finns på www.regionuppsala.se/inkontinensfragor

² Produktkatalog Treklövern - <https://guide.onemed.com/> eller liknande beroende på avtal och överenskommelser.

Produkterna ska väljas efter den enskilde individens behov med hänsyn till:

- Diagnos
- Läckagemängd och – frekvens
- Andra behandlingsalternativ
- Andra sjukdomar eller funktionshinder
- Beroende eller oberoende av assistans
- Kön och ålder
- Kostnader
- Kroppsform och vikt
- Hem-, arbets- och fritidsmiljö

Dokumentation, uppföljning, överrapportering och avvikelshantering

Dokumentation

Utredning, åtgärd, behandling och utprovning samt förskrivning av inkontinenshjälpmedel ska kontinuerligt utvärderas och dokumenteras i patientens journal. Vid kateterbehandling anges indikation, behandlingstid, ordinator, vem som har uppföljningsansvar, typ av kateter och hjälpmedel som provats ut samt skötselanvisningar.

Uppföljning

Uppföljning av hjälpmedelsförskrivningen och utvärdering mot uppsatta mål i en vårdplan är väsentliga delar i förskrivningsprocessen för patient, ordinator och förskrivare. Detta ger möjlighet att dra slutsatser som kan leda till förbättrade åtgärder för patienten och ökad kunskap.

Överrapportering

När en patient byter vårdform eller vårdgivare ska överrapportering ske skriftligt. Överrapportering ska innehålla vilken utredning som är utförd, ordination, vem som har uppföljningsansvar, vilken sorts inkontinenshjälpmedel som är utprovat och förskrivet. Kateterbehandlingar ska ordineras av läkare och överrapporteras skriftligt. Överrapportering ska ske via remiss och/eller medicinsk planering.

Avvikelsehantering

Rapportering av avvikelser sker enligt verksamhetens rutiner. Avvikelser som rör medicintekniska produkter skall också rapporteras till Läkeemedelsverket enligt föreskriften HSLF-FS 2021:52.

[\(länk till IVO\)](#)

Normal blåsfysiologi och patofysiologi

Blåsan har två funktioner; lagring (reservoar) och tömning av urin. Förutsättningen för kontinens är att trycket i urinröret är högre än blåstrycket.

Den inkontinens som vi förknippar med den åldrande blåsan kännetecknas av bristande reservoarfunktion (överaktiv) och dålig muskelkontroll (sfinktersvaghet). Inkontinenta patienter som har en känd sjukdom/skada i centrala nervsystemet lider av så kallad ”bristande cerebral hämning”. Detta är den absolut vanligaste orsaken till inkontinens hos äldre. Trängningsinkontinens kan också bero på tillstånd som ger lokal irritation, till exempel lokal östrogenbrist hos kvinnor, urinvägsinfektion, blåsten, blåstumör eller dålig tömning.

Mer information om urinvägarnas anatomi och fysiologi finns att läsa på Nikolas hemsida www.nikola.nu

Huvudtyper av inkontinens

Ansträngningsinkontinens

Ansträngningsinkontinens innebär urinläckage vid ökat buktryck utan att blåsan drar ihop sig (inga urinträngningar före) och är den vanligaste formen av inkontinens hos kvinnor i alla åldrar. Patienten läcker dagtid, oftast små skvättar men sällan stora läckage, vid fysisk ansträngning som lyft, hopp, nysning och hosta. Riskfaktorer är graviditet/förlossning, uttalad övervikt, gynekologiska operationer, svag bindväv, kronisk hosta, kronisk förstoppning och sysselsättning som innebär ökad belastning på bäckenbotten.

Män kan vara ansträngningsinkontinenta men detta är alltid ett iatrogen tillstånd. Inkontinens efter kirurgi för godartad prostataförstoring eller efter radikal prostatektomi är vanligt förekommande. När man opererar bort hela prostatan på grund av cancer (radikal prostatektomi) påverkas oftast slutmuskulaturen. Patienten är ansträngningsinkontinent en tid och några förblir inkontinenta. Många är kontinenta sex månader efter operationen och mellan 80-90 % är kontinenta efter ett år.

Trängningsinkontinens

Trängningsinkontinens innebär urinläckage i samband med trängningar. Patienten blir plötsligt akut kissnödig trots en relativt liten mängd urin i blåsan. Det kan vara varierande läckagemängder och ibland hela blåstömningar. Urinläckage kan uppstå både dag och natt.

Denna typ av inkontinens är vanligare hos äldre och neurologiskt sjuka, till exempel vid MS, stroke, ryggmärgsskada eller Parkinson men förekommer även hos yngre. Gynekologiska åkommor kan också ge trängningssymtom, till exempel vid framfall och myom. Nyttillkomna urinträngningar kan vara ett tidigt symtom på tumörsjukdom i urinblåsa eller äggstockar. Bland patienter över 75 år är trängningsinkontinens lika vanligt hos kvinnor och män. Trängningar utan läckage med frekventa toalettbesök (> 8 gånger/dygn vid normalt vätskeintag) kan jämföras och behandlas som trängningsinkontinens.

Begreppet **överaktiv blåsa** är ingen diagnos utan i första hand ett symtomkomplex med flera bakomliggande orsaker. Med överaktiv blåsa menas täta, tvingande trängningar med eller utan inkontinens. Läs vidare på Läkemiddelsverkets länk: [Behandlingsrekommendationer av urinträngningar och trängningsinkontinens - överaktiv blåsa](#).

Blandinkontinens

Blandinkontinens är en blandning av ansträngnings- och trängningsinkontinens. Studier har visat att det är upp till 70-80 % prevalens hos äldre i särskilt boende.

Överrinningsinkontinens

Överrinningsinkontinens innebär läckage sekundärt till blåstömningssvårigheter och medföljande stora mängder residualurin. Detta är vanligast hos patient med någon form av avflödeshinder. En kronisk retention med överfull blåsa under lång tid kan ge uremi och livshotande infektioner. Några av dessa patienter har en tyst retention; de söker inte med besvär från nedre urinvägarna utan på grund av allmänsymtom sekundära till uremi. Diabetes med neuropati kan ge en svag blåsa med en kronisk retention. De flesta med överrinningsbesvär har uttalade nedre urinvägsbesvär med startsvårigheter, dålig stråle, täta miktationer och inkontinens.

Nattligt läckage hos män är ett allvarligt symtom. Denna typ av tömningsrubbing är inte vanlig men viktig att utreda och behandla.

Observera att farmaka med antikolinerg och antidepressiv effekt kan bidra till urinretention.

Utredning - varningsflagga!

Inkontinenta patienter som sökt för vattenkastningsbesvär får inte lämna sjukvården med en odiagnostiserad kronisk retention!

Indikationer för att mäta residualurin bör vara mycket liberala. Stora urinretentioner finner man också genom bukpalpation/perkussion. Infektionsrisken vid engångstappning av urinblåsan är minimal.

Residualurin och residualurinbestämning

Residualurinbestämning är viktig vid misstanke om avflödeshinder, blåstömningssvårigheter och vid neurologisk sjukdom. Residualurin är den mängd urin som är kvar i urinblåsan efter miktation. Residualurinmätning utförs med ultraljud eller tappning vilket ger en uppfattning om tömningsförmågan. Tappning med ren teknik ger sällan infektion och mindre än 5 % av patienterna utvecklar symtomatisk infektion. Inträffar detta är tillståndet lätt att behandla.

Undersökning:

- Toalettbesök i lugn och ro för blåstömning och mätning av miktionsvolym
- Ultraljud eller tappning

Eftersom residualurinen varierar både mellan individer och hos individen själv bör undersökningen helst upprepas vid flera tillfällen.

Residualurin upp till 150 ml kan accepteras för kvinnor, medan gränsen för män kan vara mer än 200 ml. Något större mängder kan accepteras hos äldre och storvuxna. Residualurinen bör dock inte överstiga 1/3 av funktionell blåskapacitet.

Om patienten inte har symtom eller infektionsproblem kan större residualurinmängder accepteras. Vid upprepade infektioner kan dock en mindre mängd vara signifikant. Förutom problem med kronisk retention och överrinningsinkontinens kan residualurin innebära ökad infektionsrisk. Den dåliga tömningen minskar den funktionella blåskapaciteten och leder till täta miktationer.

Utredning inom primärvård, hemsjukvård och särskilt boende vid urininkontinens och blåsfunktionsstörning

Blanketter med tillhörande instruktioner och filmer finns att hämta på www.nikola.nu

Basal utredning

Utredningen utgår från patientens besvär, behov och resurser. Syftet är att försöka fastställa bakomliggande orsaker till inkontinensproblematiken och blåsfunktionsstörningen, sätta diagnos och få en uppfattning om graden av besvär. Många äldre personer är obenägna eller oförmögna att genomgå komplicerade utredningar. Etiska avgöranden är därför viktiga när det gäller omfattning och inriktning på utredningen. Den basala utredningen görs enligt riktlinjer för handläggning, flödesschema, och med användning av blanketter enligt nedan.

Allmän anamnes

- Sjukdomar av betydelse: Diabetes mellitus, hjärtsvikt, astma/KOL, cerebrovasculära sjukdomar (TIA, stroke, demens), neurologiska sjukdomar (MS, Mb Parkinson), diskbråck/spinal stenos, alkoholöverkonsumtion
- Tidigare operation/malignitet i urogenitalsfären och eventuell strålbehandling mot lilla bäckenet
- Frekventa urinvägsinfektioner, andra urologiska sjukdomar
- Medicinering som kan påverka (diuretika, psykofarmaka som SSRI/SNRI, neuroleptika, benzodiazepiner och litium)
- Obstipation, andra tarmsymtom
- Rökning
- Övervikt
- Genomgångna graviditeter/förlossningar

Anamnes blås/tarmfunktion

- Debut – vid kort anamnes på trängningar → misstänk malignitet → remiss urolog/gynekolog!
- LUTS3
 - Urinläckage: Mängd? När och hur ofta? Utlösande situationer?
 - Trängningar: När och hur ofta? Utlösande situationer? Nykturi?
 - Tömningssvårigheter: Startsvårigheter? Svag stråle? Efterdropp? Retentionskänsla?
- Tarmbesvär: Smärta? Läckage? Förstoppning?
- Påverkan på livskvaliteten och patientens förväntningar
- Tidigare utredning/behandling
- Behov av inkontinenshjälpmedel?

Status

- Allmän fysiologisk undersökning – hjärt/lung status - bukpalpation
- Gynekologisk undersökning - i första hand för att utesluta eventuell bäckenresistens men även för kontroll av gyn- och slemhinnestatus samt bäckenbottenfunktion

³ Lower Urinary Tract Symptoms

- Palpation per rektum – bedömning av prostata samt bäckenbottenfunktion
- Prover: urinsticka och eventuell urinodling. P-glukos, s-kreatinin och PSA enligt läkarordination

Utredning varningsflagga!

Inför varje första handläggning av urininkontinens utslut:

- Makroskopisk hematuri! Kräver remiss till urolog!
- Urinretention! Nattlig urininkontinens kan vara ett tecken på urinretention!
- Pågående urinvägsinfektion!
- Nydebuterad diabetes mellitus!

Var observant på snabbt uppkomna urinläckage- och/eller urinträngningsproblem. Utslut bakomliggande tumör!

NIKOLAs blanketter för utredning

Klicka på länkarna här nedan så kommer du direkt till Nikolas blanketter!

Nikolas checklistor och blanketter ger stöd till utredaren och ökar möjligheten till en mer kvalitetssäkrad bedömning. Även patientens delaktighet ökar.

- [Allmän blåsa](#) - blankett
- [Avföringslista](#) – registrering vilken tid på dygnet, mängd = A/a, form enligt Bristolskalan
- [Avföringslista assisterad](#)
- [Bedömning av knipförmåga](#) - knipförmågan bedöms genom vaginal palpation
- [Bristolskalan](#) över avföringsformer – graderad skala typ 1(fast) – typ 7(vattmig)
- [Dryckesmätning](#) – intagen dryck per dygn
- [Dryckesmätning assisterad](#)
- [Hälsa och livskvalitet](#)
- [I-PSS](#) - symtombedömning vid prostatabesvär, skattning
- [Läckagemätning](#) – vägning av inkontinensskydd under minst två dygn
- [Läckagemätning assisterad](#)
- [Läckage, urin och dryckesmätning](#) – vägning av inkontinensskydd samt mätning av urin och dryck under minst två dygn
- [Provokationstest](#)
- [Tidsmiktion](#) – det antal sekunder det tar att kissa den första deciliteren urin
- [Toalettassistansschema](#)
- – kartläggning av toalettbesök som underlag för individuellt anpassade toalettider
- [Urinmätning](#) – mätning av dag- och natturin under minst två dygn
- [Urinprovtagning](#)
- [Urinprovtagning assisterad](#)

Bedömning

Resultat från status, anamnes, objektiva och subjektiva mätmetoder samlas in och analyseras. Patientens hela situation bedöms och en preliminär diagnos ställs.

Planering

Planera och välj åtgärd. Resultatet från de objektiva och subjektiva mätmetoderna ger dig grunden för en individuell vårdplanering.

Vårdplanering innehåller uppgifter om:

- diagnos
- mål
- åtgärder
- uppföljning

Målet ska beskriva ett framtida önskvärt tillstånd och formuleras tillsammans med patienten. Uppföljning görs för att ta reda på om planerade åtgärder har genomförts.

Behandling/Åtgärd

Diagnos och mål styr val av åtgärder som ska ges på rätt vårdnivå.

Det är viktigt att även specificera vad, när, hur och av vem åtgärder ska utföras. Status hos äldre förändras ofta snabbt och därför ska omprövning och utvärdering av ordination, behandling och utredning göras regelbundet.

- Allmän rådgivning – gällande kost och vätskeintag, tarmfunktion, toalettvanor, hygien, övervikt, rökning, alkohol m.m.
- Rådgivning för att förbättra blåstömning.
- Toalettassistans– innebär att patienten får hjälp till toaletten eller blir påmind om att gå på toaletten innan urinläckage uppstår.
- Blåsträning – träning av blåsan med hjälp av återkommande rutiner. Syftet är att öka kontrollen över blåsan genom att öka intervallet mellan toalettbesöken och förbättra blåsans kapacitet.
- Bäckententräning – ge både muntlig och skriftlig information samt praktisk träning vid besöket. För att nå resultat krävs regelbunden och successivt stegrad träning. Patienten kan behöva stöttning och uppmuntran för att bibehålla träningsmotivationen.
- Förskrivning av individuell utprovat inkontinenshjälpmedel – utprovas med hjälp av läckagemätning.
- Normaliserade avföringsvanor – bör eftersträvas då misstanke finns att tarmen inte fungerar bra. Detta kan påverka förmågan att tömma blåsan.
- Justera/sanera läkemedelslistan.
- Farmakologisk behandling av trängningsbesvär med eller utan inkontinens. Se bilaga sidan 20.
- Lokal östrogenbehandling vid urogenital atrofi eller efter menopaus. Se bilaga sidan 20.

NIKOLAs blanketter för åtgärd/behandling

Klicka på länkarna här nedan så kommer du direkt till Nikolas blanketter!

- [Anpassning av vistelsemiljö](#) - anpassning av miljö/hjälpmedel.
- [Blåsträninginstruktioner](#) – för egen träning.
- [Bäckenbotten för kvinnor](#) – instruktion för egen träning.
- [Bäckenbotten för män](#) – instruktion för egen träning.
- [Kvarliggande kateter i urinblåsan och Suprapubisk kateter.](#)
- [Meddelandeblad mellan vårdgivare vid behandling med kvarliggande kateter \(KAD\).](#)
- [Minneslapp](#)
- [RIK \(Ren Intermittent Kateterisering\) för kvinna.](#)
- [RIK \(Ren Intermittent Kateterisering\) för man.](#)
- [Rådgivning](#) – kost-/vätskeintag, tarmfunktion, toalettvanor, toalettregim, urinvägsinfektioner, hygien, övervikt, rökning, alkohol, kläder, omgivning.
- [Toalettassistansschema](#) - kartläggning för individuellt anpassade toalett-tider.
- [Vårdkort vid blåsdysfunktion](#)

Uppföljning och utvärdering

Uppföljning görs för att kontrollera att planerade åtgärder har utförts. En uppföljning måste ske innan det är möjligt att utvärdera och mäta resultat. Resultatet beskriver förbättring eller förändring i patientens hälsa och mäts med kvalitetsindikatorer:

- Normaliserat eller förbättrat miktionsmönster
- Inget eller minskat läckage
- Individuellt utprovat inkontinenshjälpmedel
- Uppfyllt mål

För att utvärdera med kvalitetsindikatorer måste patienten genomföra nya mätningar av de indikatorer som är motiverade i relation till åtgärden och behandlingen. Om förväntat resultat inte uppnåtts kan det bli aktuellt med ny utredning, nya mål och åtgärder.

Kvalitetsindikator kan sammanställas så att en utvärdering kan ske regelbundet. Det finns avsedda blanketter för att mäta och utvärdera kvaliteten i vården:

- [Kvalitetsindikator förslag](#)

Riktlinjer för sjukgymnaster/fysioterapeuter i Primärvården i Uppsala län vid omhändertagande av kvinnor med främst ansträngningsinkontinens

Patienten kommer till sjukgymnast via hänvisning/remiss från distriktssköterska, distriktsläkare eller privat gynekolog. Basal utredning med anamnes och mätningar på listor är redan gjord och resultatet finns i journalen. Bäckebottenträning är initierad och patienten är gynekologiskt undersökt.

Alternativt söker patienten själv direkt till sjukgymnast för urininkontinens, eller för andra hälsoproblem och läckagebesvär uppmärksammas. Hänvisa patienten till distriktssköterska för basal utredning och till distriktsläkare eller privat gynekolog för gynekologisk undersökning.

Behandlingens syfte och mål

Syftet med behandlingen är att optimera muskelfunktionen i bäckenbotten genom att identifiera musklerna, optimera kniptekniken, öka styrkan och snabbheten, utveckla muskelhypertrofi, förbättra uthålligheten samt använda musklerna funktionellt.

Målet med behandlingen är att patienten ska använda musklerna i bäckenbotten aktivt när det är risk för läckage, så att besvären lindras/botas. Patientens motivationsgrad och förmåga att identifiera musklerna i bäckenbotten är avgörande för behandlingens effekt.

Behandlingsrutiner

Första besöket (en timmes besökstid)

1. *Anamnes* och genomgång av besvär.
2. *Information* om bäckenbottens uppbyggnad och funktion. Genomgång av knipteknik. Prova att träna i sittande före undersökning.
3. *Undersökning* av muskelfunktionen med vaginal palpation och patienten i ryggkrokliggande. Bedömning av knipförmågan avseende identifiering, knipteknik, styrka, snabbhet och uthållighet samt förmåga att slappna av. Därefter funktionellt test av knipförmågan vid hoststöt.
4. *Hemträningsprogram* anpassas individuellt efter patientens besvär och knipförmåga. Viktigt att hitta träningsrutiner, ge förslag. Visa knip-appar, information och träning via Internet. Träna i olika positioner och använda musklerna funktionellt. Knipa hårt styrkeknip vid ökat buktryck och långt uthållighetsknip vid urinträngning.

Kallelse till **andra besöket** inom 2-6 veckor, beroende på patientens knipförmåga.

Andra besöket och vidare besök vid behov (en halvtimmes besökstid)

1. Uppföljning av besvär.
2. Uppföljning av bäckenbottenträning (compliance). Repetition av information, vid behov.
3. Undersökning av muskelfunktionen med vaginal palpation (se första besöket).
4. Modifiering/stegring av individuellt anpassat hemträningsprogram efter patientens knipförmåga och besvär.

Kallelse till återbesök vid behov. Total behandlingsperiod minst 2-4 månader, beroende på patientens besvär och knipförmåga. Vid sista behandlingstillfället besvaras eventuell remiss med utvärdering av behandlingen. Hänvisa patienten åter till distriktssköterska, husläkare eller privat gynekolog för

uppföljning, eventuellt med nya listor. Förmågan att hålla tätt minskar med stigande ålder. Därför är det viktigt att fortsätta träna bäckenbotten och använda musklerna funktionellt, efter avslutad behandling.

Ansvarsfördelning inom primärvård, hemsjukvård och särskilda boenden

Huvudman och vårdgivare

Huvudmännens ansvar regleras av överenskommelsen mellan Landstinget i Uppsala län och länets kommuner gällande samverkan kring vissa inkontinensfrågor enligt ÄDEL- överenskommelsen. Hos varje huvudman kan det finnas en rad vårdgivare (privat eller offentlig utförare) Det är vårdgivarens ansvar att det i ledningssystemet framgår hur ansvar för vård, behandling och hantering av inkontinenshjälpmedel sker utifrån gällande författningar, riktlinjer och vårdprogram.

Vårdgivare

Enligt HSLF-FS 2021:52 ska det av varje vårdgivares ledningssystem framgå hur ansvaret fördelats avseende hantering av medicintekniska produkter och finnas fastställda rutiner för:

- att det genom rutiner säkerställs att verksamheten organiseras på ett sätt som möjliggör en säker användning och hantering av medicintekniska produkter
- förskrivning, utlämnande och tillförande av en medicinteknisk produkt till en patient och att denna utprovas så att produkten motsvarar patientens behov
- att det görs en bedömning av om hälso- och sjukvårdspersonalens och annan berörd personals utbildningar är adekvata mot bakgrund av den kompetens som krävs för att vara utbildningsansvarig samt förskriva och lämna ut medicintekniska produkter till patienter

En av verksamhetschefens ledningsuppgifter är ansvaret för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god vård. Verksamhetschefen ansvarar för att inom ramen för vårdgivarens ledningssystem:

- Tillstyrka resurser till arbetet kring utredning och behandling av urininkontinens
- Ansvara för att det inom verksamheten finns sjuksköterskor med förskrivningsrätt
- Tillstyrka att sjuksköterskor med förskrivningsrätt kontinuerligt får fortbildning inom området inkontinens- och blåsfunktionsstörningar

Om det är nödvändigt eller om en patient begär det, ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten. Verksamhetschefen ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

Läkaren

- Ansvarar för utredning, behandling, uppföljning och skriver vid behov remiss till specialist, enligt vårdprogrammet
- Skriver remiss till sjukgymnast i primärvården för behandling med bäckenbottenträning vid utebliven förbättring efter egen träning, om patienten är träningsmotiverad och främst besväras av ansträngningsinkontinens

Sjuksköterskan med förskrivningsrätt

- Initierar utredning av inkontinens och/eller blåsfunktionsstörning
- Upprättar tillsammans med patienten en specifik vårdplan utifrån ordinerad behandling och patientens eventuella behov av insatser
- Utprovar, förskriver, utvärderar och följer upp förskrivna inkontinenshjälpmedel samt förvisar sig om att de används på rätt sätt på individ- och verksamhetsnivå

- Behandlar, följer upp och utvärderar resultatet hos patienter med inkontinens och/eller blåsfunktionsstörningar i samråd med läkare
- Informerar i förekommande fall närstående, verksamhetschef samt vård- och omsorgspersonal om nödvändiga insatser utifrån den specifika vårdplanen
- Ansvarar för att utvärdering av ordinerad behandling genomförs
- Följer med i utvecklingen och forskningen inom området och förmedlar ny kunskap till övrig personal

Vård- och omsorgspersonalen

- Deltar i utredning och utvärdering enligt sjuksköterskans anvisning
- Informerar sjuksköterskan om patientens inkontinens och/eller blåsfunktionsstörning och rapporterar eventuella förändringar
- Utför ordinerad behandling, exempelvis toalettassistans
- Hjälper till att tillsammans med patient och sjuksköterska prova ut individuellt anpassade inkontinenshjälpmedel

Sjukgymnasten/Fysioterapeuten

- Ger efter remiss: behandling med bäckenbottenträning under förutsättning att patienten är träningsmotiverad och främst besväras av ansträngningsinkontinens
- Sjukgymnasten/fysioterapeuten i kommunen utprovar hjälpmedel som underlättar förflyttning

Arbetsterapeuten

- Gör ADL bedömning efter remiss
- Utprovar hjälpmedel som underlättar ADL

MAS-medicinskt ansvarig sjuksköterska och MAR- medicinskt ansvarig för rehabilitering

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska det finnas en MAS inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer om. Om verksamhetsområdet i huvudsak omfattar rehabilitering får en sjukgymnast/fysioterapeut eller arbetsterapeut, MAR, fullgöra uppgifterna. MAS/MAR ansvarar för att det finns sådana rutiner att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det och ansvarar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. Arbetet innebär bland annat att:

- Kvalitetssäkra och kvalitetsutveckla
- Skapa regler och normer för vårdprocesser
- Vara vårdgivarens specialistresurs
- Vara sakkunnig resurs i hälso- och sjukvårdsfrågor

Indikation för remiss till specialist

- **Behandling av manlig inkontinens** initieras och sköts i första hand av **urologen** då genesen vanligen är sekundär till urologiska ingrepp.
- **Kvinnor** remitteras och behandlas i första hand av **kvinnokliniken**
Undantag: Kvinnor med trängningsproblematik vid neurogena blåskador remitteras till urologen, likaså vid misstanke om malignitet i urinvägarna.

- Om cancersjukdom misstänks i urinvägar eller könsorgan
- Om patienten behandlats för malignitet i underlivet
- Om patienten har plötslig debut av urinläckage, utan påvisbar orsak
- Om inkontinens är förenad med upprepade och svårbehandlade urinvägsinfektioner
- Om patienten har svårt att tömma blåsan eller har stor residualurin (mer än 100 ml för kvinnor och mer än 200 ml för män)
- Om patienten tidigare genomgått strålbehandling eller kirurgi i lilla bäckenet på grund av sjukdom eller inkontinens
- Om patienten inte svarar på behandling
- Om patienten har smärtor
- Vid misstänkt fistel
- Vid neurologisk sjukdom eller ryggmärgsskada
- Om symtom och undersökningsfynd inte stämmer
- Om patienten önskar specialistbedömning efter utredning på primärvårdsnivå
- Om symtomgivande framfall föreligger samtidigt som inkontinens
- Alla inkontinenta män under 65 år ska bedömas av urolog/kirurg
- Om patienten har förhöjt kreatinin eller PSA
- Om patienten har besvär efter prostataoperation till exempel ansträngningsinkontinens
- Om bäckenbottenträning inte gett önskad effekt vid ansträngningsinkontinens och patienten önskar ställningstagande till TVT- operation

Observera att ofullständig remiss kommer att prövas för komplettering och i så fall återsändas!

Checklista inför remiss vid inkontinens/blåsfunktionsstörning

Diagnos/frågeställning

Allmän anamnes

Gynekologisk anamnes

Anamnes vid inkontinens/blåsdysfunktion

Undersökningsfynd

- Resultatlistor för vätskemätning + urinmätning i två dygn
- Läckagemätning i gram för två dygn
- Uteslut makroskopisk hematuri
- Urinsticka
- Urinodling vid behov
- Residualurin
- Provsvar
- Allmänstatus
- Bukstatus
- Gynekologisk status på kvinnor
- Prostatabedömning på män
- För personer inom hemsjukvården och i särskilt boende ska individuell bedömning beroende på status, besvär och målsättning vara genomförd
- Bifoga alltid neurologstatus vid remiss till neurolog

Till sist

- Bedömning inkontinensstyp/blåsfunktionsstörning
- Patientens förväntningar
- Eventuell tidigare behandling
- Eventuell insatt behandling

Var särskilt observant på att snabbt uppkomna trängningar kan bero på malignitet!

Exempel på specialistvård för kvinnor och män med urininkontinens och blåsfunktionsstörning

Kvinnor med ansträngningsinkontinens

- Fördjupad uroterapi med kartläggning av besvär, ny genomgång av listor och miktionsvanor, eventuell fortsatt korrigerande av vätskeintag, bäckenbottenträning.
- Elektrostimulering eller träning med biofeedback kan i vissa fall hjälpa patienten att förbättra muskelfunktionen i bäckenbotten.
- Vaginala bågar och kontinensringar kan provas ut av uroterapeut eller läkare. Kan vara ett behandlingsalternativ även för den äldre patienten.
- Kirurgiska metoder kan utföras vaginalt, via buksnitt eller med laparoskopisk teknik. Den vanligaste operationsmetoden i Uppsala är TVT (Tension Free Vaginal Tape). Det är en s.k. slyngmetod. Ingreppet sker i lokal anestesi och utförs oftast som dagkirurgi. Mindre invasiva ingrepp finns t ex bulkingmedel som injiceras i urinröret. Vilken metod som passar bäst bestäms av specialist i samråd med patient efter utredning.

Män med ansträngningsinkontinens

- Fördjupad uroterapi med kartläggning av besvär, ny genomgång av listor och miktionsvanor, eventuell fortsatt korrigerande av vätskeintag, bäckenbottenträning
- Elektrostimulering eller träning med biofeedback kan i vissa fall hjälpa patienten att förbättra muskelfunktionen i bäckenbotten.
- Patienter som är signifikant inkontinenta > 1 år efter total prostatectomi kan vara kandidater för en artificiell sfinkter (konstgjord slutmuskel). Lite lindrigare inkontinens kan vara aktuell för en "slyngplastik" där man komprimerar urinröret med ett band under urinröret.

Kvinnor och män med trängningar/trängningsinkontinens/blandinkontinens

- Fördjupad uroterapi med kartläggning av besvär, ny genomgång av listor och miktionsvanor, eventuell fortsatt korrigerande av vätskeintag, blåsträning, bäckenbottenträning
- Elektrostimulering. Syftet är att lugna blåsan genom att hämma nervernas reflexmekanism. Det är ett komplement till andra behandlingsmetoder och utförs av uroterapeut.
- Akupunktur är en alternativ behandlingsmetod och utförs av uroterapeut
- Botulintoxin är ett nervgift som man kan spruta in i blåsan för att förlama den och därmed få en bättre blåskapacitet. Aktuellt för neurogena rubbningar med urodynamiskt bevisad motorisk överaktivitet. Vanligaste patientgrupperna är MS och patienter med ryggmärgsskador. Patient som ska genomgå behandling måste lära sig självtappning med RIK (Ren Intermittent Kateterisering).

Referenser och länkar

www.nikola.nu

www.vardhandboken.se

www.sbu.se: a) Behandling av urininkontinens nr.143 år 2000

b) Behandling av urininkontinens hos äldre och sköra äldre nr. 219 år 2013

<http://neuroforbundet.se/>

www.icsoffice.org

www.lakemedelsverket.se

www.kunskapsguiden.se

www.fass.se

<http://www.janusinfo.se/>

Läkemedelskommitténs terapirekommendationer (årgång 10 februari 2007 nr 1).

UVI hos kvinnor: riktlinjer för primärvården i Uppsala län. 28/10 2013.

Referensgrupp

Vårdprogram för urininkontinens och blåsfunktionsstörning i Uppsala län

Lena Axén, Samordnings- barnmorska

Mödrahälsovårdsenheten, Kvinnosjukvård, Kvinno- och barndivision, Akademiska sjukhuset

Marianne Babra, Samordnare för inkontinensfrågor

Hjälpmedelcentralen, Funktionsstöd och hälsa, Hälsa och habilitering

Johan Heinius, Överläkare

VO Urologi, Akademiska sjukhuset

Monica Brundin, Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i Uppsala kommun

Berit Långström-Benevides, Uroterapeut

VO Urologi, Akademiska sjukhuset

Katarina Parker, Sjukgymnast, Uroterapeut

Gynekologisk specialistmottagning, Kvinnosjukvård, Kvinno- och barndivisionen, Akademiska

Masoumeh Rezapour Isfahani, Verksamhetschef, Överläkare

Kvinnosjukvård, Kvinno- och barndivisionen, Akademiska sjukhuset

Maria Sandblom, Distriktsläkare

Flogsta vårdcentral, Nära vård och hälsa

Eva-Lena Sjöo, Chefsläkare

Primärvårdens ledningskontor, Primärvården

Inga-Lill Westerlund Distriktssköterska

Årsta vårdcentral, Primärvården

Karin Åhrberg, Barnmorska, Uroterapeut

Gynekologisk specialistmottagning, Kvinnosjukvård, Kvinno- och barndivisionen, Akademiska sjukhuset

Dokumenthistorik

Författare: Se Referensgrupp vårdprogram för urininkontinens och blåsfunktionsstörning i Uppsala län.

Revideringsdatum: 2019-2022 Katarina Parker, Kristina Okembia Jonsson, Berit Långström Benevides, Johan Heinius, Ann-Sofie Gullö.

Bilaga - Farmakologisk behandling

Ansträngningsinkontinens

Enda läkemedlet är Yentreve som tillhör gruppen SNRI (Serotonin- och Noradrenalin-återupptagshämmare, ursprungligen ett antidepressivt läkemedel). Detta anses öka tonus i urinröret. Begränsad effekt men kan i enstaka fall vara alternativ till kirurgi. Även vid ansträngningsinkontinens kan lokal östrogenbehandling minska besvären.

Urogenital atrofi

Urogenital atrofi efter naturlig eller framkallad menopaus kan resultera i torrhets känsla, klåda, dyspareuni och senil colpitis med fluor. Det är också vanligt med urinträngningar, nokturi och urinvägsinfektioner. Observera att dessa symtom kan ha annan genes än östrogenbrist!

Lokal lågdosbehandling med östrogen har visat sig ha god effekt och kan ges till de flesta kvinnor som passerat menopaus. Slemhinnorna stärks och blir mindre mottagliga för olika stimuli som annars kan bidra till trängningar.

Östriol – förstahandsval

- Ovesterin (vagitorier eller kräm), även receptfritt

Östradiol – andrahandsval

- Oestring – byts var 3:e månad

Vagifem är inte längre förmånsberättigad

Lokal östrogenbehandling ökar inte risken för bröstcancer. Kvinnor som behandlats för bröstcancer anses oftast kunna använda lokal östrogenbehandling. Samtidig behandling med lokalt östrogen och aromatashämmare (läkemedel mot hormonberoende tumörer vid bröstcancer) ska dock undvikas eftersom den farmakologiska effekten kan minska.

Vid tveksamhet, rådfråga patientens onkolog alternativt bröstkirurg.

Att tvätta underlivet med barn- eller intimolja är ett enkelt knep som kan minska känslan av torrhet och irritation i underlivet. Detta görs gärna i kombination med lokal östrogenbehandling.

Trängningsbesvär med eller utan inkontinens - Överaktiv blåsa

Observera att organisk orsak såsom malignitet, sten eller infektion i de nedre urinvägarna alltid skall uteslutas före behandling. Utred därefter med urinlistor och kontrollera residualurin.

Behandlingen inleds alltid med blåsträning. Vid otillräcklig effekt kan blåsträning kombineras med trängningsdämpande läkemedel.

Farmakologisk behandling har i studier visat begränsad effekt. Blåsans kontraktioner överförs främst via kolinergera nerver som blockeras av antikolinerga läkemedel. Dessa innebär risk för antikolinerga biverkningar som muntorrhet, förstoppning och konfusion, speciellt hos äldre i kombination med andra läkemedel med antikolinerg effekt. Ett nytt alternativ är beta3-receptoragonist som slappar av glatta muskelceller i blåsväggen. Lokal östrogenbehandling stärker kvinnans slemhinnor i underlivet och gör blåsan mindre mottaglig för retningar som utlöser trängningar.

Antikolinerga läkemedel:

- Tolterodin (Detrusitol) är förstahandsval
- Solifenacin (Vesicare)
- Fesoterodin (Toviaz)
- Oxibutynin (Ditropan, Kentera)
- Darifenacin (Emselex)

Selektiv beta 3-receptoragonist:

- Mirabegon (Betmiga)

Läkemedel med antikolinergeffekt, främst psykofarmaka och antidepressivum kan bidra till urinretention och risk för överrinningsinkontinens.

Behandlingen bör följas upp efter cirka en månad för eventuell dosjustering eller byte av preparat. Kontrollera residualurin vid misstanke om blåstömningssvårigheter.

Tilltagande eller terapieresistenta urinträngningar ska utredas vidare hos specialist.